Placenta praevia

Définition

Placenta praevia = insertion basse, vicieuse du placenta sur tout ou une partie du SI

Source d'accidents hémorragiques


Liquide amniotique
Cordon ombilical
Membrane amniotique (amnios)
Liquide amniotique
Segment inférieur de l'utérus
Sacrum
Placenta praevia
Paroi de l'utérus
Urètre
Pubis
Col de l'utérus
Vagin
Canal anal
Placenta praevia

Interet de la question:

Urgence materno-fœtal

2 éme causes des Hgies du T3

Mets en jeu le pronostic materno-foetal

Diagnostic facilité par la **surveillance échographique** de la grossesse

Épidémiologie - étiopathogénie:

Fréquence: 0.3 – 2.66%

10% des Hémorragies du T3

1% des grossesse si PP hémorragique

Physiopathologie:

Mécanisme de l'hgies:

Pendant la grossesse:

Variété périphérique:

les CU physiologique de Braxton-hicks → décollements d'une languette placentaire → ouverture du sinus veineux utérin→ HGIE

Variété centrale:

Au T3 → formation du SI et dilatation progressive du col pendant le travail→ clivage placenta/ utérus

Pendant le travail:

Dilatation du col→ glissement du SI de bas en haut sur la surface de l'œuf→ rétraction des fibres myométriales→ décollement du placenta

Facteurs favorisants:

Multiparités

Age maternel

ATCD d'avortements et de toutes les manœuvres endo-utérines

Cicatrices utérines

ATCD de placenta praevia

De la gémellité

Fibromyomes sous muqueux

Origine du saignement:

Origine maternelle:

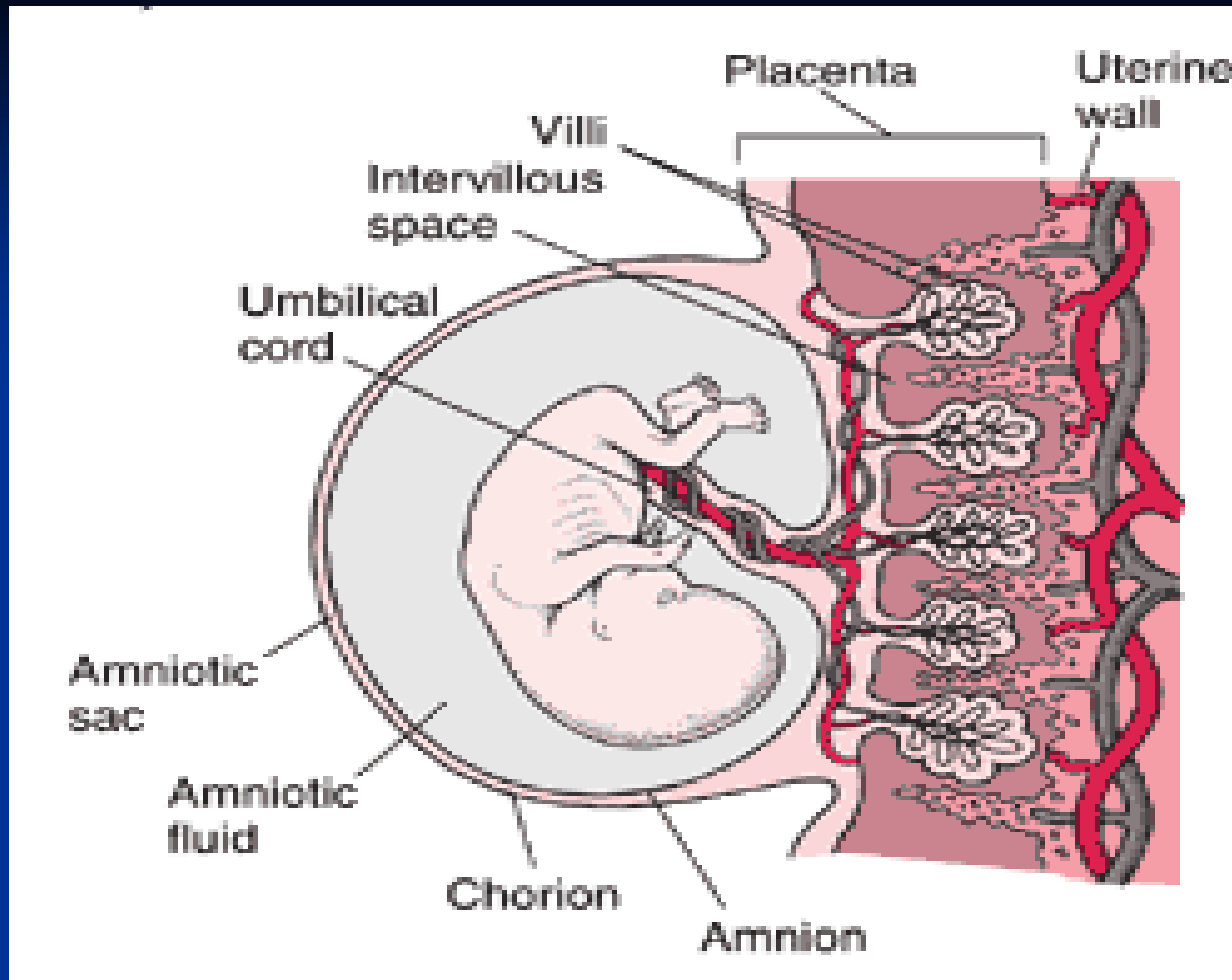
Après décollement placentaire→ sinus veineux béants(car rétraction et hémostase qu'après expulsion fœtale)

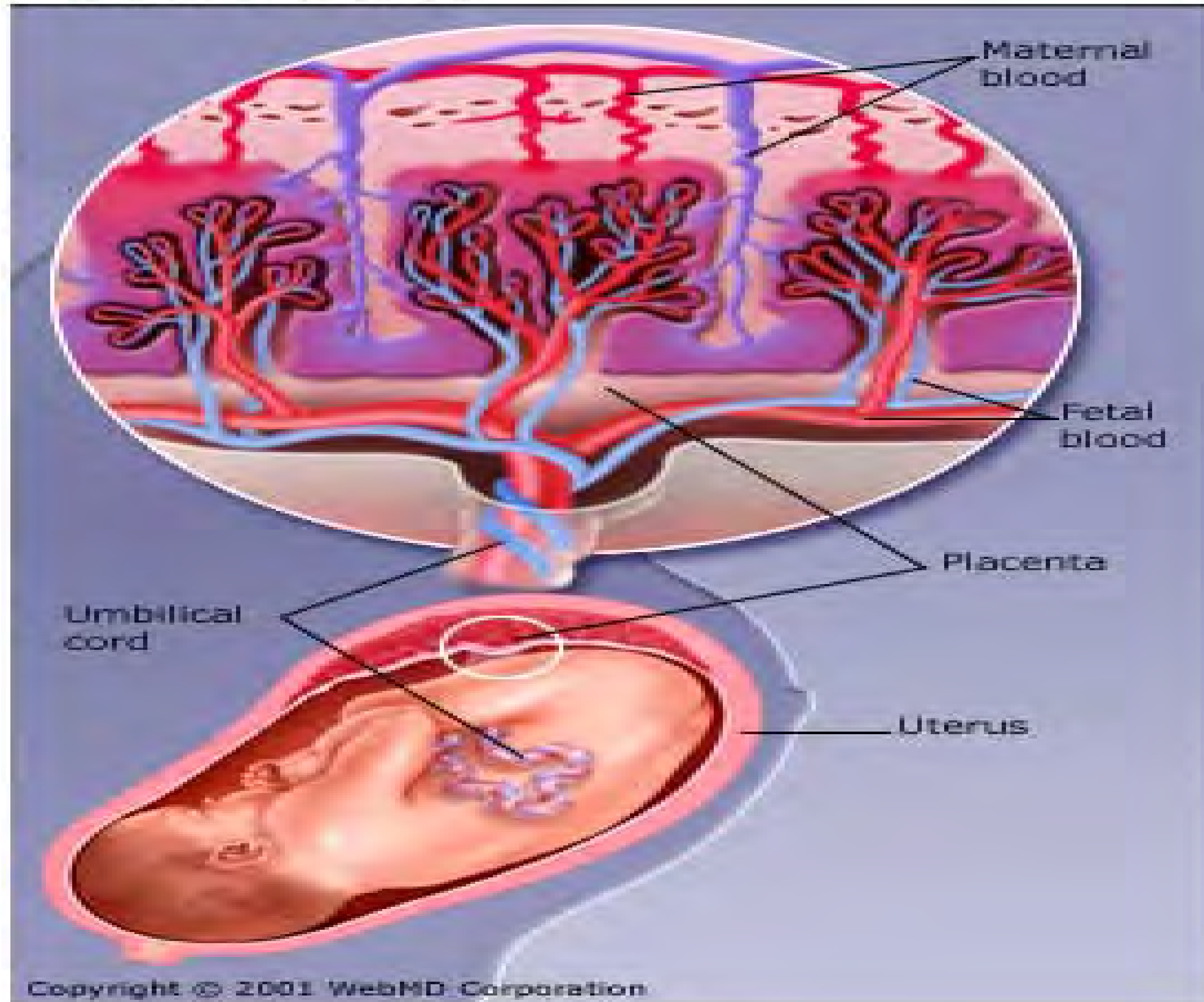
Origine fœtale:

Décollement et déchirure des villosités→ Hgies de sang fœtale dans l'espace inter-villositaire et dans vx de la caduque basale donc passage de GR fœtaux dans la circulation maternelle

La fibrose du placenta décollé

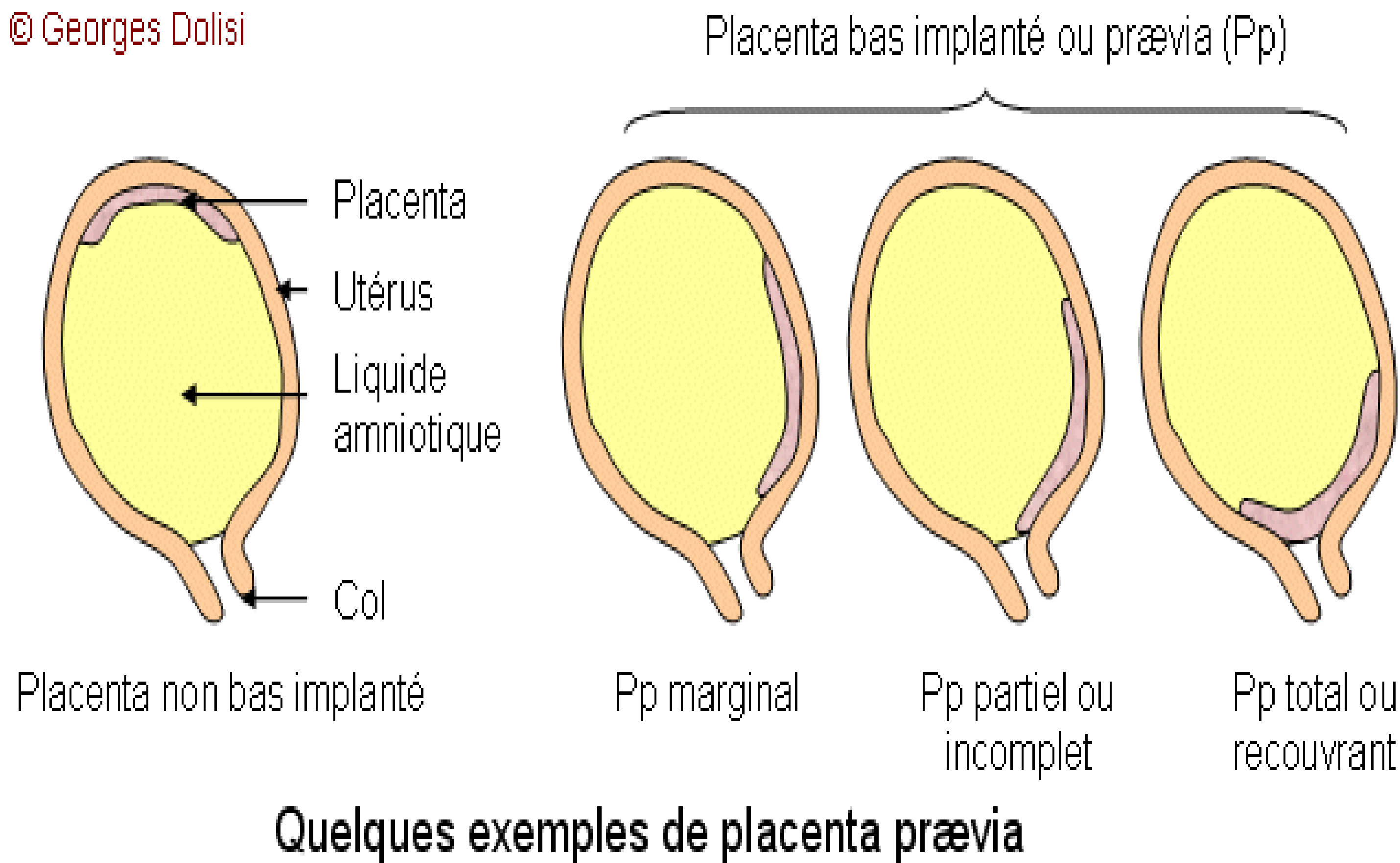
Le saignement du placenta décollé , nécrotique , thrombosé devient siége d'une fibrose réduisant le surface placentaire fonctionnelle→ **SFA et MIU**


Placenta
Uterine wall
Villi
Intervillous space
Umbilical cord
Amniotic sac
Amniotic fluid
Chorion
Amnion


Normal Placenta
Maternal blood
Fetal blood
Placenta
Umbilical cord
Uterus
Copyright © 2001 WebMD Corporation

Classification anatomique:

Pendant la grossesse:



Pendant le travail

Pp recouvrant

Pp non recouvrant

Diagnostic:

Pendant T3 de la grossesse:

SF: Hémorragie(brutale, spontanée, sang rouge isolée, récédivant)

SG: pouls et TA(hémodynamique maternelle)

SP :

palpation: utérus souple, bien relâché, HU normale

présentation anormale(siége, transverse)

présentation céphalique(haute, mobile)

Auscultation: BCF présents

Spéculum:

Origine du saignement

Permet de rechercher GR dans pertes vaginales

(test de kleihauer)

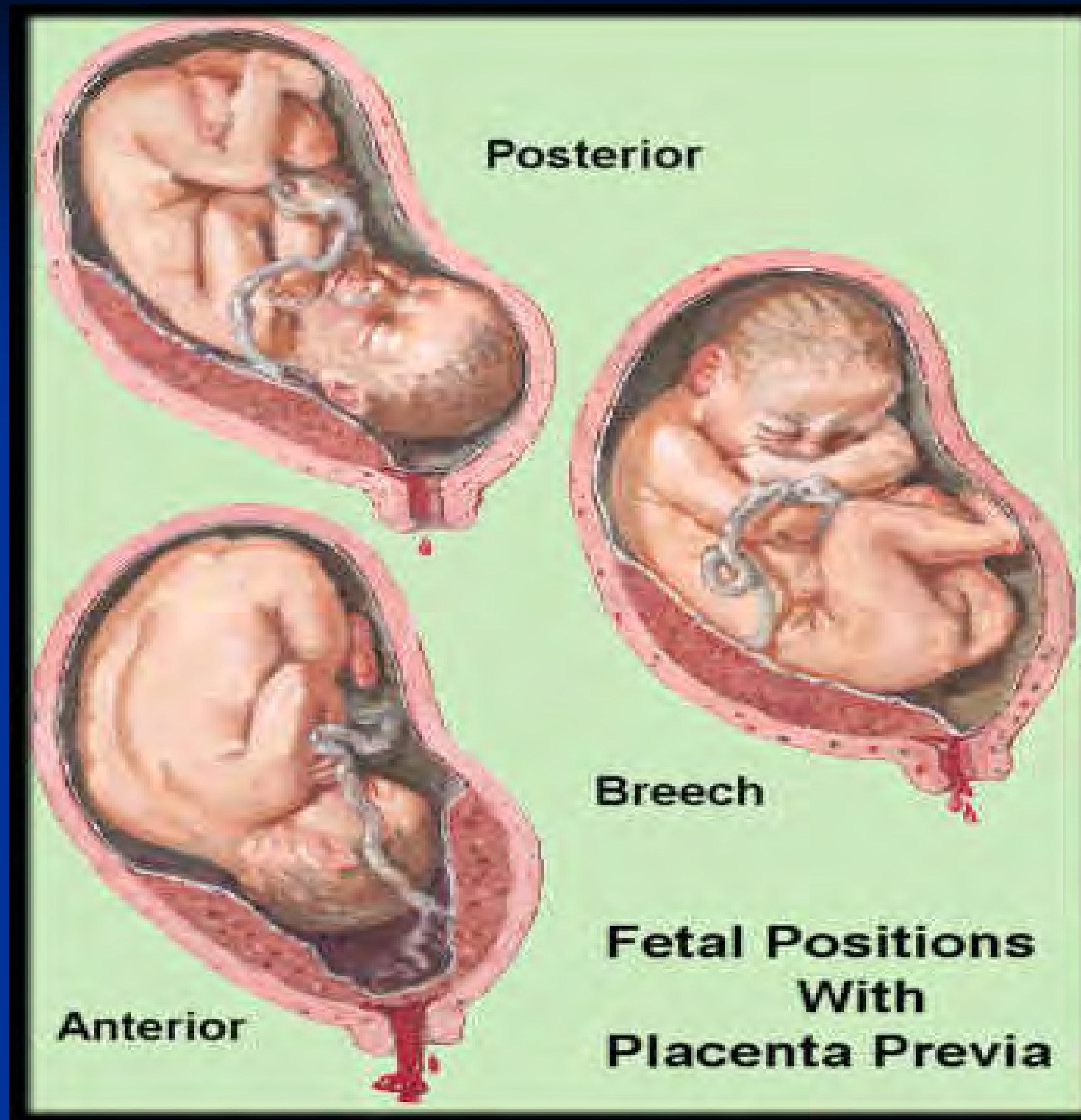
tout saignement du T3 de la grossesse impose une écho en urgence avant le TV qui peut déclencher une hémorragie cataclysmique

TV: quand il est fait:

col dévié

présentation haute

signe du matelas: masse spongieuse entre doigts et présentation


Posterior
Breech
Anterior
Fetal Positions
With
Placenta Previa

Pendant le travail:

Hgies constante, proportionnelle à la dilatation du col

EG: en rapport avec l'abondance de l'Hgies

Utérus souple, bien relâché entre les CU

BCF: présents

TV: dangereux, fait à proximité du BLOC op., tente d'apprécier:

degrés de dilatation,

hauteur de présentation,

type de placenta

Pendant et après la délivrance:

Délivrance: mode duncun, hgique

Ex. du délivre: petit coté des membranes(<10cm)

pafois placenta incomplet ou cotyledon aberrant

Hgie de délivrance: mauvaise rétraction segmentaire, rétention de cotyledon aberrant , placenta accréta

Para cliniques:

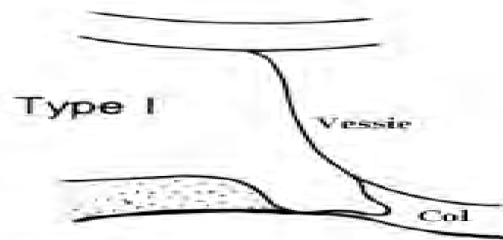
Échographie:

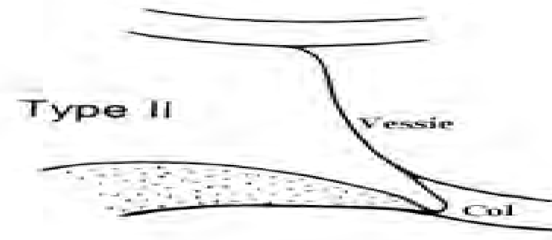
avant TV, vessie pleine, dg+ ds 95%

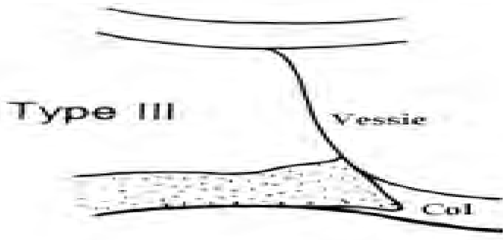
Absence d'image de décollement placentaire

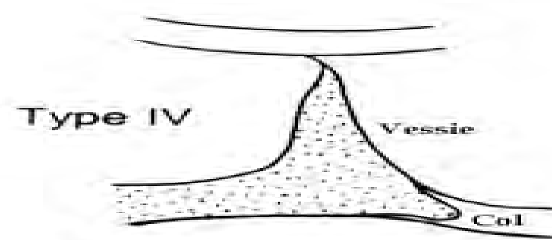
Vitalité foetale

Classification de bessis

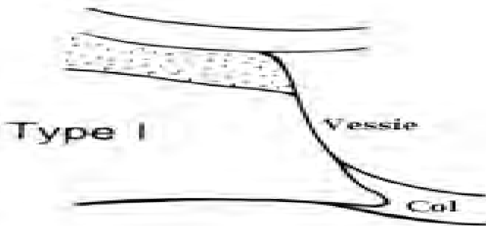


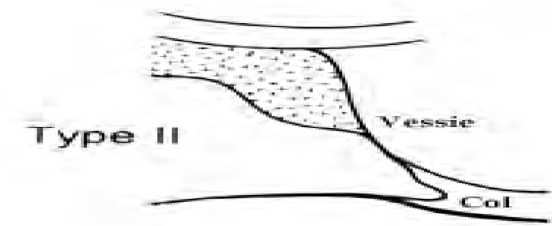


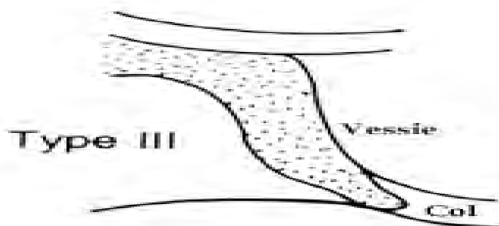


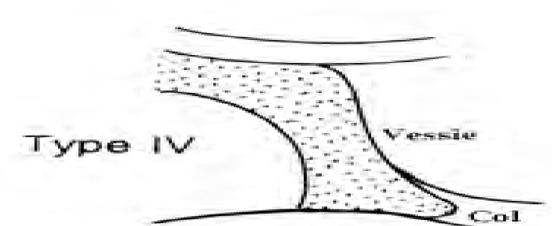


Placentas bas-insérés postérieurs

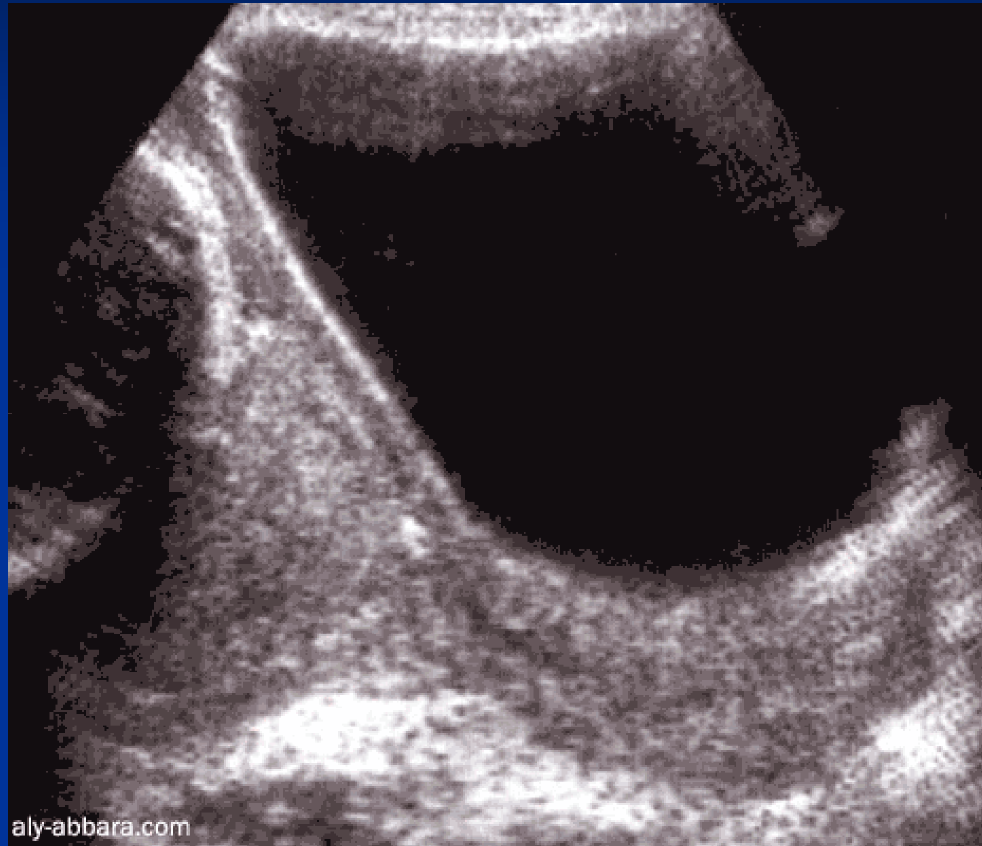


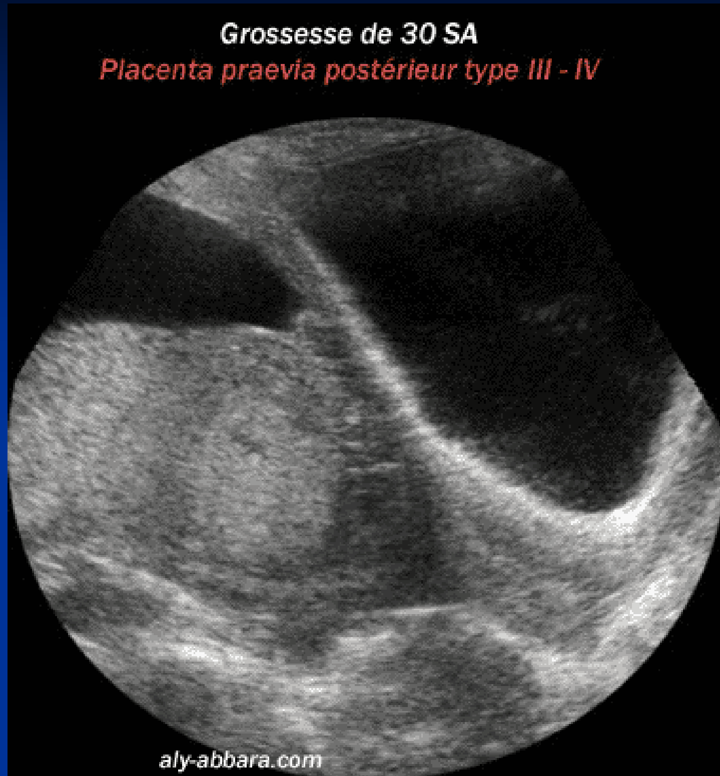






Placentas bas-insérés antérieurs


aly-abbara.com


Grossesse de 30 SA
Placenta praevia postérieur type III - IV
aly-abbara.com


Placenta postérieur praevia
marginal (type II d'après Bessis)
aly-abbara.com

Bilan biologique maternel:

Gr, Rh, test de coombs indirect si RH négatif

FNS

Bilan d'hémostase

RAI: si la mère est Rh négatif

Bilan fœtal:

ERCF

PH fœtal

Formes cliniques:

Formes symptomatiques:

Formes asymptomatique: découverte fortuite (écho), CSR programmé ou ex du délivre

Formes grave ou cataclysmique

Formes topographiques:

PP central

PP marginal antérieur

PP marginal postérieur

Formes compliqués:

Procidence du cordon

Placenta accréta

Trouble de la coagulation(CIVD)

Formes associées: à HRP: CSR en urgence

Diagnostic différentiel:

Hémorragie vulvaire ou cervico-vaginale

HRP

Rupture utérine

Hémorragie de BENKISER

Hématome décidual marginal

Évolution:

***Pendant la grossesse*:**

Récidives hémorragiques: anémie maternelle, etat de choc, SFC, MIU

RPM:

Accouchement prématuré

Pendant le travail:

PP recouvrant: hgie cataclysmique avec état de choc

PP non recouvrant: rupture de PDE diminue le saignement

Pendant la délivrance:

Délivrance facile et rapide car placenta déjà décollé

Risque d'hgie de délivrance

Pendant les suites de couches:

Infections

Accidents thromboembolique

Lactation moins bien(sheehan)

Retour de couches: retardé

Pronostic

Maternel

Mortalité maternelle(hgie , CIVD)

Morbidité maternelle(anémie, infection, accidents thromboembolique, anurie et IR, syndrome de sheehan)

Fœtal:

RCIU, MIU, pré ma, complication néonatales

Traitement:

PP hémorragique= hospitalisation + prise en charge pluridisciplinaire

Buts:

Arrêts de l'Hgies

Extraire un enfant vivant, viable

diminuer morbidité et mortalité maternelle et fœtale

Lutter contre la prématurité

Moyens:

Médicaux:

Réanimation et mise en condition

Tocolyse

Corticothérapie

Autres

Obstétricaux:

Rupture artificielle des membranes

Manœuvres hémostatiques

Accouchement par voie basse

Chirurgicaux: césarienne

Indications:

Dépends de:

degrés d' hgie

Age gestationnel

Type de PP

Dilatation cervicale

Présentation fœtale et état des membranes

Au cours de la grossesse:

PP asymptomatique

Repos

Surveillance clinique, biologique, echographique

Prévention de l'anémie maternelle

Prévention de la prématurité

Consultation d'anesthésié

Prévoir du sang iso gr iso Rh

Informer la patiente sur les risque hgique

PP marginal ou latéral: pc obstétrical est favorable, voie basse possible

PP recouvrant: Césarienne à partir de 38 SA

PP hgique:

hospitalisation+++

Abord veineux

Compensation de l' hgie

Trt par tocolytique

Surveillance maternelle et fœtale

Éviter tout examen obstétrical

CAT obstétrical est fonction du terme:

Arrêt de l' hgie et atteinte de 36 -37 SA: CSR

CSR en urgence si: pp recouvrant, PP + P anormale+UC,

CSR avant 37 SA, si hgie grave résistante au TRT ou SFA

Pendant le travail:

Réanimation (sang + O2)

ERCF

.CSR en urgence si:

PP recouvrant

Hémorragie abondante persistante

SFA

PP + présentation anormale ou dystocie

.accouchement par voie basse possible si:

Formes non recouvrantes, présentation céphalique , ERCF normal

Le premier geste à faire:

rupture large des membranes

Mais risque de procidence de cordon

Délivrance

Spontanée ou dirigée

Svt Hgies persistante donc:

Révision utérine + ocytociques

Examen du délivre

Suite de couches:

Correction de l'anémie

ATB

Anti D

Prévention thrombo embolique

Le nouveau-né:

Pris en charge par une équipe pédiatrique

Conclusion:

Pathologie grave de la grossesse, imprévisible

Mortalité et morbidité maternelle et péri natale

Interet du diagnostic précoce

Pc fœtal amélioré